FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

STOMATITES

PAR

CHARLES FILLEUL

Président : M. LETULLE, *Professeur*

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Médecine opératoire	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Clinique d'otorhino laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LCEPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	ROUVIÈRE
CAMUS	LABBE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ (A)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMARET	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GRÉGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUILLAIN	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE

MON GRAND-PÈRE LE DOCTEUR L. FILLEUL

MON ONCLE LE DOCTEUR Z. FILLEUL

MON GRAND-PÈRE ETIENNE LUDIÈRE

MA GRAND'MÈRE A. FILLEUL

A MON PÈRE

LE DOCTEUR LOUIS FILLEUL

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA FEMME

A MES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUVIÈRE

PROFESSEUR AGRÉGÉ
CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL RIEUX

PROFESSEUR AGRÉGÉ AU VAL-DE-GRACE

Et tout particulièrement en faible témoignage de ma respectueuse et reconnaissante affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LARDENNOIS

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LETULLE

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AU DOCTEUR GAILLARD

DENTISTE DES HOPITAUX

PROFESSEUR A L'ECOLE DE STOMATOLOGIE

en témoignage de remerciements pour nous avoir fait connaître le traitement préconisé dans cette thèse.

A MON AMI SEIMBILLE

CHEF DE CLINIQUE A L'ÉCOLE DENTAIRE

en témoignage de reconnaissante amitié pour les intéressantes observations et les conseils si expérimentés dont il a bien voulu nous faire profiter.

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention de présenter ici un travail scientifique, nous désirons simplement vulgariser un traitement peu connu, fort peu employé, et qui est susceptible de rendre les plus grands services par son efficacité.

Nous avons cherché à présenter d'une façon simple une vue d'ensemble sur les stomatites étant donné qu'il est difficile de s'en faire une idée schématique par suite des classifications nombreuses et des théories diverses en présence.

A la campagne le médecin non spécialisé est parfois fort embarrassé en présence d'une stomatite. Nous serions heureux si ce petit travail pouvait lui faire songer aux pathogénies diverses des stomatites lui permettant de diriger son traitement contre la cause locale, et contre la cause générale, et d'obtenir ainsi le maximum d'efficacité — *immédiate* dans le traitement local puisque le soulagement est presque instantané dès que cette thérapeutique est appliquée.

Avant de commencer l'étude générale des stomatites, nous voulons en donner une définition.

Grisolle, en 1852, écrivait : « Stomatite est un mot de création nouvelle servant à désigner l'inflamma-

tion de la membrane de la bouche ». Cette définition est, à notre sens, trop concise. Quelle est en effet l'origine et la nature de cette inflammation. S'agit-il d'une inflammation ayant un retentissement sur l'état général, ou d'un trouble de l'état général déterminant ou favorisant l'inflammation de la bouche? Autant de questions que la précédente définition laissent sans réponse.

Depuis le temps où Grisolle écrivait ces lignes, l'état de nos connaissances s'est considérablement modifié. Nous croyons pouvoir donner une définition qui, à notre sens, délimite suffisamment l'affection en question.

« La stomatite est une affection qui se caractérise par une inflammation de la muqueuse buccale, ayant pour causes soit une irritation locale, soit une affection générale, soit une intoxication ».

Avec le docteur Lebedensky nous diviserons les stomatites en deux grandes classes.

a) Les stomatites spécifiques.

b) Les stomatites septiques polymicrobiennes.

Nous reviendrons ultérieurement sur cette classification. Disons de suite que nous ne considérons pas comme des stomatites vraies, les lésions de la muqueuse dues soit à une affection spécifique comme la syphilis, la tuberculose, etc... soit à une autre cause bien définie, comme le scorbut, les aphtes, les ulcérations traumatiques. Ces affections n'ont rien de commun avec le sujet que nous voulons ici traiter ; elles

présentent des caractères cliniques bien différents des stomatites vraies : pour les affections spécifiques, l'agent microbien est toujours le même, les lésions ont un caractère spécial particulier à la spécificité de la maladie. Ce sont, les plaques muqueuses, et présence du spirochète de Schaudinn leucoplacie buccale, pour la syphilis ; enduit crémeux blanchâtre avec présence d'un champignon du genre Hypomycète (hôte accidentel de la cavité buccale) dans les mycoses. Dans la fièvre aphteuse, maladie épidémique et contagieuse, le début se traduit par une inflammation de la muqueuse buccale ; puis apparaissent des vésicules qui en crevant laissent des bords taillés à pic. A partir de ce moment la maladie prend la tournure d'une stomatite ordinaire polymicrobienne et doit être traitée de même.

Les aphtes, qu'il ne faut pas confondre avec les vésicules que l'on observe dans la fièvre aphteuse sont sans doute des affections de la muqueuse buccale et leur évolution anatomo-pathologique diffère absolument de la gingivo-stomatite (Rousseau Decelles les considère comme une variété de Zona). Nous considérons donc comme stomatites ou plus exactement comme des gingivo-stomatites les affections de la muqueuse gingino-buccale que le docteur Lebedenski a désignées sous la dénomination générale de stomatites *septiques polymicrobiennes.*

Ces affections d'origines diverses ont des caractères cliniques identiques et sont toutes engendrées par le polymicrobisme buccal avec prédominance de tel ou

tel groupe de microbes selon l'intensité de la stomatite (cours du professeur Lebedenski à l'école ondontotechnique). Elles ne sont pas épidémiques.

(Il faut faire remarquer, en passant, que la gingivite expulsive est une affection spéciale chronique symptomatique d'une diathèse arthritique. Elle peut subsister comme reliquat d'une stomatite.

Afin que l'on se rende bien compte de la formidable variété de microbes qu'il est possible de rencontrer dans la bouche, nous énumérerons les principaux hôtes habituels de la bouche. Pathogènes ou non ils ne deviennent virulents que si l'équilibre biologique est rompu.

Nous reviendrons plus loin sur cette question.

Netter a dit de la bouche, qu'il n'y avait pas de foyer aussi important et pour la qualité des microbes qu'il renferme et pour la situation qu'il leur fournit.

Certains auteurs ont dressé un tableau de la flore de la bouche.

Chez les individus sains, Vignal a trouvé vingt-cinq epèces différentes, Muller plus de cent.

Les uns sont des microbes saprophytes : ce sont, en particulier

le Bacillus subtilis
le Thermobacille
des Spirilles, etc...

Les autres sont des microbes pathogènes.

Ce sont parmi les principaux :

le colibacille,
le pneumocoque,
le streptocoque
le staphylocoque
le bacille de Frielander
le bacille de Vincent, etc.

Nous allons énumérer les maladies où se rencontrent ces microbes pour montrer les méfaits dont ils sont capables en dehors de la cavité buccale, à plus forte raison seront-ils redoutables quand leur virulence sera exaltée dans cette même cavité.

Le Colibacille est en général peu virulent chez l'homme sain dont la phagocytose est normale. C'est un petit bacille de 2 à 3 μ droit à bords arrondis.

Hôte habituel du tube digestif, considéré pendant longtemps comme banal, il est dans certaines circonstances un microbe pathogène des plus redoutables.

Les principales maladies où nous le rencontrons sont :

stomatites,
angines,
entérite des nourrissons,
infections urinaires,
péritonites,
ictères infectieux,
salpingites,

métrites,
endocardites,
etc...

Le staphylocoque.

Se trouve dans la bouche et en général sur toutes les muqueuses. Son rôle est considérable chez l'homme. Il est l'agent habituel de la suppuration. (21 %). On le rencontre dans les :

stomatites,
furoncle, anthrax, folliculite purulente,
ostéomyélite,
angines phlegmoneuses, diphtériques,
endocardites, péricardites,
corysa, bronchites, laryngites,
néphrites, cystites, métrites,
pyohemie, etc.

Le bacille de Friedlander ou pneumo bacille.

Bacilles trapus réunis deux à deux, aérobie facultatif. Il forme dans le bouillon de culture un voile visqueux.

Serait-ce lui qui communique à la salive sa viscosité dans les cas de stomatite grave? Sa vitalité est considérable, sa virulence extrêmement variable.

On le trouve dans les

bronchites,
les abcès du poumon,
les laryngites,
les stomatites.

Le pneumocoque : Diplocoques renflés à une extrémité se regardant par leur extrémité pointue, en flamme de bougie ; mobile. Aérobie, il se développe de préférence sur les milieux liquides (sérum, sang, ascite) entre 35 et 37 degrés. C'est un hôte habituel de la salive. Netter l'a trouvé 1 fois sur 5. Il existe toujours à la surface de l'amygdale.

Il est d'ordinaire peu virulent : c'est un microbe pathogène vivant en saprophyte en attendant une déficience de l'organisme pour faire une pneumococcie.

Le streptocoque pyogène : Coccus rond diposé en chaînette de dix à quinze grains, immobile.

On le rencontre toujours dans la bouche, sur l'amygdale. Il y vit en saprophyte attendant une occasion de devenir pathogène et d'envahir l'organisme.

Il est l'agent de l'érysipèle, de certaines pneumonies, broncho-pneumonies, pleurésies, de péricardites, d'angines : il peut même produire de véritables angines à fausses membranes.

Le bacille de Vincent.

Ce bacille a été découvert par Vincent. Il se présente sous la forme d'un bâtonnet renflé au centre mais à extrémités effilées. Il mesure en général de 4 à 5 μ. Il est immobile. Il contient des vacuoles et des granulations. Il est polymorphe, soit en croissant, soit rectiligne.

Il se colore par le liquide de Ziehl, la fuschine, le

violet de méthyle et de gentiane. Il se décolore incomplètement par le Gram.

Personne n'a pu cultiver le bacille de Vincent.

Son caractère principal est de se présenter la plupart du temps dans les frottis en association avec un spirille très fin, mince, ondulé, contourné en spires, très mobile.

Cette association fuso-spirillaire est ce qu'on nomme la symbiose fuso-spirillaire de Vincent.

On la retrouve toujours dans les lésions de la bouche et des amygdales à forme ulcéro-membraneuse (angine de Vincent).

Le bacille de Vincent a une grande parenté avec les bacilles rencontrés dans la pourriture d'hôpital.

***

Si l'on considère combien la bouche est favorable au développement et à la vie microbienne (température, humidité, carie dentaire, rétention de débris alimentaires dans les espaces interdentaires) on conçoit que toutes ces variétés de microbes y vivent parfaitement à l'aise en attendant l'occasion d'exalter leur virulence.

La plus grande cause de l'habitat microbien (le tartre) a été parfaitement élucidée par le Professeur Letulle.

Il écrivait en 1907 :

« La muqueuse buccale même la plus saine en ap-
« parence, entretient maintes fois chez l'adulte, et

« à plus forte raison dans l'âge mûr, un nombre « quelconque de foyers permanents, d'infections « microbiennes au niveau des collets des dents, soit « normales, soit pathologiques incrustées de dépôt « de tartre. Ainsi écartée de la dent la sertissure gin- « ginale circonscrit un clapier inflammatoire où « viennent proliférer tous les micro-organismes sa- « progènes ou pathogènes, champignons ou proto- « zoaires, parasites constants ou fortuits de la mu- « queuse buccale.

« Simple agrégat de sels salivaires concrétés de « microbes et de détritus organiques, le tartre den- « taire constitue un corps étranger septique émi- « nemment pathogène pour la muqueuse ginginale. « Si minime que soient les dépôts ils occasionnent « toujours en face d'eux une gingivité insulaire « chronique, cause tour à tour de concrétions cal- « caires et origine fréquente de lésions aiguës diffu- « santes. A la première perturbation subie par l'or- « ganisme, grossesse, maladie aiguë, intoxication, « l'occasion pathogénique trouvera la prise et sait y « créer des stomatites aiguës les plus redoutables.

Comment se comportent les microbes vis-à-vis de la muqueuse buccale? Nous nous permettons de faire ici une hypothèse.

Il est très probable que dans un premier stade ils frappent la muqueuse à son point faible par leurs toxines (toxhémie). L'action trophique dont nous par-

lerons plus loin en résulte-t-elle (1) et produit-elle par des exulcérations le stade plus avancé (angine de Vincent par exemple) où les microbes semblent agir par leur propre présence (pullulation) en se reproduisant sur un point localisé (amygdales pour l'exemple cité).

(1) Rousseau Decelles explique les aphtes par une pattogénie similaire Il croit qu'ils sont dus à un trouble trophique local, analogue à celui que peut produire l'application d'orties sur la peau. Certains individus ont une sensibilité spéciale vis-à-vis de certaines substances (noix, poisson salé, épice, fraises). Il estime qu'il y a un rapport entre les erythèmes orties par exemple et l'aphte, l'un se passe sur la peau, l'autre sur la muqueuse, d'où conditions différentes.

Classification et Etiologie des Stomatites

Nombreux sont les auteurs qui ont proposé des classifications des stomatites. Pour mémoire nous citerons :

Celle de Grisolle

1) Stomatite érythémateuse
2) Stomatite avec altérations de sécrétion { diphtérie / muguet }
3) Stomatite folliculeuse ou ulcéreuse
4) Stomatite mercurielle.

Celle de Magitot

1) *traumatiques* { dépôts charbonneux { gingivite des fumeurs } ; — de tartre { gingivite tartrique } ; certaines industries { gingivite des ouvriers verriers } }
2) *essentielles* { superficielles { gingivite simple } }

Un peu plus tard, Richard Chauvin et Papot reprennent la classification de Magitot en la modifiant. Pour eux le tartre est la vraie et pour ainsi dire l'unique cause de l'inflammation des gencives.

Nous n'avons point à discuter ces classifications qui n'ont qu'un intérêt documentaire et ainsi que nous l'avons déjà dit, nous allons, avec Lebédinsky, considérer les stomatites comme :

A) *Spécifiques*
B) *Septiques polymicrobiennes*

Envisageons la valeur de ces termes:

Les stomatites spécifiques sont celles qui reconnaissent comme cause un microbe spécifique d'une maladie générale, et qui surviennent au cours de cette maladie: La tuberculose, la syphilis, les mycoses, le scorbut, en sont responsables.

Nous ne nous étendrons pas sur cette variété qui paraît réclamer un traitement spécifique et d'ordre général. Bien au contraire, la variété septique rentre directement dans notre sujet et c'est de celle-ci que nous allons parler plus longuement, car c'est à elle que s'attaque tout spécialement le traitement que nous préconiserons dans la suite.

Les stomatites septiques reconnaissent comme causes :

A *Locales* { Le tartre
Les chicots
L'évolution de la dent de sagesse

B *Générales*	diathésiques	Scrofule
		Lymphatisme
		arthritisme
	Affaiblissement de la résistance défensive de l'organisme.	Convalescences
		Grippe
		Pyrexies
		Grossesse
	Toxi-infectieuses	Intoxications médicamenteuses ou professionnelles
		Plomb. Mercure
		Arsenic

Ces affections, en reprenant la phrase de Lebedensky, ont pour agent pathogène « le polymicrobisme buccal ». Tous ces microbes à l'état physiologique ne sont pas pathogènes vis-à-vis de la muqueuse ; ils vivent à son contact sans l'enflammer et ils n'exaltent leur virulence que si l'occasion leur en est fournie.

Quelle est cette occasion?

On admet que : c'est un chicot, un dépôt de tartre, l'éruption de dents de sagesse, toutes les causes susceptibles d'entamer et d'irriter la muqueuse buccale d'une façon continue ; l'ingestion d'un liquide brûlant, le tabagisme, le traumatisme, l'irritation prothétique.

Mais, cette occasion est-elle la seule cause déterminante de la stomatite?

Nous ne le croyons pas. En effet, chez un individu porteur de tartre depuis de longues années, brusquement, sans raison locale *nouvelle*, éclate une stoma-

tite. Le même fait se produit pour un individu porteur de chicots. Il paraît impossible d'appeler ce tartre, ce chicot, cause déterminante de l'affection ; et l'on en vient à penser que peut-être n'est-il pas très exact de dire strictement « cause locale » dans l'étiologie des stomatites. C'est, nous le croyons, cause aggravante qu'il faudrait employer.

Car, il paraît évident, que ce chicot, ce tartre, existant parfois depuis plusieurs années sans aucun trouble concommitant, ne sont pas seuls coupables de l'apparition de la stomatite, mais que c'est surtout à l'état général qu'il faut attribuer la lésion locale.

Chez tous les débilités (grippe pré-tuberculose, maladies infectieuses, convalescences, grossesse) chez qui les facultés de défense antimicrobiennes sont diminuées, le milieu buccal est lui-même en état d'infériorité. C'est à la faveur de cette faiblesse que les saprophytes s'exaltent. La phagocytose qui chez un individu en bonne santé est un moyen de défense puissant, ainsi qu'en témoigne la richesse des réseaux et relais lymphatiques buccaux et péribucaux par ce fait même du mauvais état général, se trouve déficitaire. (Observation 1 et 4).

Il faut laisser à chacun la part qui lui revient ; à l'état général l'affaiblissement de la défense du milieu buccal (*cause déterminante*) et au tartre et au chicot le rôle de cause prédisposante ou mieux aggravante.

On pourrait objecter qu'il paraît bizarre que les causes locales précitées (liquide brûlant, traumatisme, etc.), ne déterminent pas de stomatite chez les édentés ; à quoi nous répondrons que ces irritations ne sont pas continues comme celles du chicot ou du tartre et que, même concommittant avec un mauvais état général elles ne suffisent pas pour déterminer la stomatite, les portes d'entrée étant supprimées.

Les accidents de la dent de sagesse pourraient peut-être nous fournir quelques éclaircissements sur une pathogénie adjuvante :

Ou bien, le capuchon muqueux déchiré, s'infecte, ce qui se constate de visu, et nous revenons alors à une infection semblable à celle que le chicot ou le tartre peuvent déterminer par le mécanisme d'ulcération.

Ou bien nous nous trouvons en présence d'un capuchon muqueux non infecté de visu, d'une bouche très saine sans chicot ni tartre dans laquelle cependant il s'est installé une stomatite.

Catelan avait pensé que :

« La stomatite ulcéreuse est une affection locale de nature irritative (névrite) dérivant du travail fluxionnaire suscité par l'évolution de la dent de sagesse, elle a pour point de départ l'irritation des filets nerveux de la V° paire d'où résultent des troubles propres à ce genre de lésion passagère. »

Nous pensons que certainement le système ner-

veux (lésions trophiques) a une grosse part dans l'origine des stomatites, car certaines formes cliniques (observation n° 3) sont nettement localisées sur une hémi-partie de la bouche du côté où la dent de sagesse est en évolution (phénomène d'ordre constant nous dit Lebedensky).

Le tartre et le chicot pourraient agir également sur le système nerveux par irritation mais,

dans le cas de la dent de sagesse en évolution ce serait une irritation mécanique (compression) ou infectieuse par propagation, et

dans le cas du chicot et du tartre une irritation infectieuse seulement par propagation de l'infection en profondeur.

Jacquet dans une communication à la Société ondontologique avait fait remarquer que les poussées de pelade d'origine dentaire coïncidaient avec des poussées d'évolution dentaire et particulièrement avec celles de la dent de sagesse.

Pourquoi ne pas admettre un mécanisme de même nature pour la stomatite ? (1)

Il est à remarquer, en passant, que dans les accidents d'évolution de dent de sagesse l'état général joue toujours le rôle que nous lui avons attribué plus haut, car souvent cette évolution chez les sujets en

(1) Nous avons constaté des poussées impétigineuses localisées au niveau d'une fluxion dentaire de la joue gauche. Nous en attribuons la cause à des troubles trophiques d'origine dentaire. Si l'infection ici a pu provoquer des troubles trophiques, pourquoi n'en serait-il pas de même dans l'infection due à la dent de sagesse ?

bonne santé se poursuit sans accidents de stomatite, et chez d'autres, au contraire (surtout chez les soldats et les enfants pauvres (misère physiologique, débilité) nous voyons les accidents infectieux se propager jusqu'à l'amygdale (angine de Vincent).

D'après Lebedinsky l'angine de Vincent représente une des périodes de la stomatite septique polymicrobienne ; à l'appui de son dire cet auteur invoque l'âge de prédilection où frappe la maladie : 6 et 8 ans (éruption des premières grosses molaires), 18 et 25 ans (éruption des dents de sagesse).

Il nous reste à envisager ce que nous appelons stomatites diathésiques toxi-infectieuses et liées à l'état général.

Les premières ont leur point de départ dans une affection de l'organisme due à la scrofule, au lymphatisme.

Les secondes sont liées à une intoxication médicamenteuse ou professionnelles (saturnisme, hydrargyrisme).

Les dernières provenant de l'état général surviennent à la suite d'un affaiblissement de l'organisme (grippe, grossesse, convalescence, etc.), elles pourraient se confondre avec les diathésiques, car ces deux sortes de stomatites proviennent d'un état général défaillant.

Nous avons suffisamment parlé des rapports de cause générale et locale pour n'y pas revenir, une variété mérite cependant d'attirer notre attention, c'est la « variété toxique ».

Prenons comme exemple la stomatite mercurielle. On accusait autrefois l'action directe du mercure sur la muqueuse buccale. Le fait que la stomatite peut apparaître à la suite de frictions cutanées, réfute à lui seul cette opinion.

L'honneur revient à Galippe d'avoir montré comment agit le mercure. Dès que ce métal est absorbé il y a une modification profonde de la salive. Sa densité est augmentée ; elle ne contient plus d'oxygène actif. Le mucus est augmenté ainsi que les propriétés saccharifiantes. Par les modifications de la salive, le milieu intérieur change et les microbes trouvent des conditions favorables à leur développement. (Cette modification peut encore être augmentée du fait de la mauvaise élimination du mercure par un foie et un rein en mauvais état).

Cette modification devient ici *cause déterminante* et joue le rôle de l'affection générale dans les autres variétés.

Et comme il existe dans la plupart des cas, une ulcération première due à une cause locale, les microbes profitent de cette porte d'entrée. Le chicot et le tartre jouent donc ici le rôle de cause prédisposante.

Il convient d'ajouter que dans les intoxications non professionnelles, de cause médicamenteuse la syphilis peut, pour son propre compte, jouer le rôle de cause déterminante par altération de l'état général.

SYMPTOMATOLOGIE

Toutes les stomatites ont leurs principaux symptômes communs. Il en est cependant d'autres qui sont tirés de la forme clinique de chaque stomatite.

A) SYMPTOMES HABITUELLEMENT COMMUNS AUX STOMATITES

Le malade, qui se présente dans notre cabinet, dès qu'il cause, nous permet de prévoir une stomatite en évolution. Il répand, en effet, dès qu'il ouvre la bouche, une odeur infecte. On remarque que ses mouvements de langue sont gênés. Il s'exprime parfois difficilement. Il se plaint de souffrir dans la bouche, d'avoir une salivation exagérée, et de souffrir de douleurs souvent irradiées. La déglutition et la mastication peuvent aussi être gênées.

A l'examen de sa bouche, on constate que la muqueuse est enflammée. Cette inflammation débute au niveau du ligament gingivo dentaire et se manifeste par une exulcération au niveau des collets dans les espaces interdentaires ; c'est d'abord la languette interdentaire qui est atteinte puis le ligament.

Si le malade se présente à un stade plus avancé sans avoir été traité, on constate alors des ulcérations un enduit blanchâtre, opalin pultacé. C'est l'épithélium de la muqueuse qui desquame). Les ganglions sous-maxillaires peuvent s'engorger. La langue, les lèvres, les joues peuvent devenir œdémateuses.

L'état général peut être gravement atteint et on peut voir apparaître de grosses complications comme la septicémie généralisée ou même l'angine de Ludwig. C'est la déchéance. C'est la mort.

Hâtons-nous de dire que ce tableau clinique impressionnant est rare ; car ordinairement la stomatite étant une affection douloureuse, les malades viennent consulter à temps. Passons maintenant en revue les symptômes un peu particuliers propres aux différentes stomatites selon la classification déjà donnée.

B) SYMPTOMES DE CAUSES LOCALES OU GÉNÉRALE *mal* DÉTERMINÉS.

1) *Tartre et chicot.*

Accidents bénins localisés au point de frottement. Pas d'accidents généraux, douleur locale moyenne, odeur forte.

2) *Dent de sagesse.*

Accidents plus graves que les précédents pouvant se compliquer de ce fait que la constriction des mâchoires due à l'envahissement de l'infection et par suite à la myosite réactionnelle, ferme la bouche, et la transforme en une cavité presque close. Les plaies

de guerre nous ont démontré le très grand rôle de la cavité close dans l'infection !

Donc, stagnation des produits septiques, milieu plus favorable aux cultures microbiennes, résorption de produits toxiques. Toxhémie.

Accidents généraux notables : Céphalée. Température. Anorexie. Douleur localisée violente, odeur absolument putride.

Un symptôme spécial coexistant parfois est l'angine de Vincent. (Localisation à l'amygdale). Les prodromes dans ce cas, sont en général assez nets. Ils se manifestent toujours avant l'apparition des symptômes locaux : soif vive, malaises généraux, courbature, anorexie, prostration, hyperthermie, adénite. Ces symptômes généraux s'expliquent puisque l'angine de Vincent est (Lebedensky) une complication de la stomatite ulcéro-membraneuse. Elle dénote un état infectieux déjà sérieux.

Localement dans une première phase, ce sont de petites taches blanchâtres entourées d'une auréole rouge, puis plus tard des ulcérations à bords nets et dont le fond est rempli d'un magma grisâtre et putride.

L'examen bactériologique révèle l'association fuso-spirillaire.

SYMPTOMES DE CAUSES DIATHÉSIQUES

TOXI-INFECTIEUSES ET LIÉES A L'ÉTAT GÉNÉRAL

1) *Diathésiques* — Scrofule, Lymphatisme, Arthritisme

Pas de symptômes spéciaux sinon que la stomatite se développe au point faible de la muqueuse et que ce sont les plus rebelles car il est difficile de remédier à l'état général.

2) *Etat général* — Maladies infectieuses, Convalescences, Pyrexies, Grossesse, Grippe

Pas de symptômes spéciaux non plus, sinon la coexistence d'un des états sus-nommés. La stomatite disparaît en général avec la disparition de la maladie (grippe, maladies infectieuses, convalescence, pyrexie) ou avec la modification de l'état (grossesse).

3) *Toxi-infectieuse* — Plomb, Mercure, Arsenic, Médicamenteuse.

Le symptôme capital est la connaissance de la cause *professionnelle* (plomb, mercure, arsenic).

Médicamenteuse Arsenic et mercure

Nous empruntons au professeur Letulle la descrip-

tion des symptômes spéciaux à la stomatite mercurielle :

« L'acuité toujours grande des signes, dès le début « la tendance qu'a l'infection constituée à s'étendre « autour des foyers gingivaux, la procidence hâtive « de la langue, œdématiée, blafarde hors des arcades dentaires, la salivation non constante à la vérité « mais si formidable quand elle s'est établie, et si tenace, le sphacèle membraniforme suraigü des parties de la muqueuse buccale auto-infectée après les « gencives, la bénignité habituelle des adénopaties « péri-buccales qui contrastent avec la redoutable « extension des escharres, la résistance trop souvent « irréductible des placards de sphacèle au traitement « antiseptique le plus régulier et le mieux fait, tous « ces signes constituent un groupe d'arguments favorables à la spécificité de l'affection ».

Il est bien évident que selon la phase de l'évolution anatomo-pathologique de la stomatite elle peut revêtir la forme érythémateuse, pultacée, ulcéreuse, ulcéro-membraneuse et gangréneuse.

Nous avons passé rapidement en revue la symptomatologie des différentes variétés de stomatite. Toutes SANS EXCEPTION étant justiciables du traitement dont nous allons parler.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la stomatite est facile. Nous éliminerons les lésions qui pourraient être une cause d'erreur. Ce sont parmi les principales :

Les plaques muqueuses.
La leucoplasie.
Le scorbut.
Les aphtes.
La pyorrhée alvuolaire.

Les plaques muqueuses.

Lésions syphilitiques précoces, accompagnées soit du chancre, soit d'adénopathie inguinale. Localement ce sont des érosions minimes, superficielles, de petite dimension, rouge vif, opalines ou grisâtres. Dimensions variables. Pas de siège de prédilection.

La leucoplasie.

Lésion syphilitique. Plaques blanches indépendantes ou réunies. Coloration un peu spéciale « blanc nacré », enduit pouvant se détacher. Pas de siège de prédilection.

Le scorbut.

Lésions consécutives à l'affaiblissement général et accompagnées de douleurs vives qui se manifestent dans les muscles et les articulations. Elles apparaissent d'abord aux gencives, celles-ci se tuméfient, s'ulcèrent, elles saignent.

Les aphtes.

Ce sont les lésions qui se rapprochent le plus apparemment de la stomatite. Débutent par une vésicule laissant une ulcération. Lésions localisées sans tendance à l'extension. Pas d'odeur. Très douloureux parfois. Pas de localisation fixe ; débutent un peu partout (même au palais).

Pas de diagnostic microbiologique possible. Rousseau-Deselles les considère comme une éruption zoniforme, Cruet, comme une forme atténuée de la fièvre aphteuse.

La Pyorrhée alvéolaire.

Maladie de Fauchard. Gingivite expulsive. C'est une infection chronique arthro-dentaire. Elle détruit d'abord le ligament puis, à la longue, mobilise la dent. Sa fréquence augmente avec l'âge. C'est surtout l'hypertermie et le boursoufflement de la muqueuse qui attirent l'attention.

Il nous faudra, en dernier lieu, poser le diagnostic

différentiel des stomatites. Ce sera chose relativement facile après le traitement.

En effet, si la stomatite récidive, il nous faudra rechercher la cause d'ordre général.

Nous pourrons ainsi dépister une pré-tuberculose, une fièvre éruptive à son début, etc.

S'il s'agit d'une stomatite que nous présumons être de nature mercurielle, nous verrons si elle coïncide avec les périodes de médication hydrargyrique et si elle cède dans les périodes de repos.

(Nous répétons que dans ce cas la syphilis peut agir pour son propre compte en débilitant l'organisme).

TRAITEMENT

Il est très important de traiter et de guérir une stomatite. Nous éviterons ainsi les complications graves immédiates qui peuvent survenir si l'infection gagne en profondeur (nécrose du maxillaire, ostéo-myélite. Angine de Ludvig, adénite devenue adénophlegmon.

Et, chez les sujets prédisposés (rhumatisants) nous éviterons l'apparition de la gingivite expulsive (pyorrhée alvéolaire). Nous savons que cette pyorrhée expose celui qui la porte à de nombreuses complications parce qu'elle entraîne la pyophagie chronique.

Les gastrites septiques sont un fait d'ordre courant. Les affections broncho-pulmonaires peuvent aussi en résulter. (Vermeille a prouvé dans sa thèse que certaines broncho-pneumonies sont tributaires de lésions bucco-dentaires).

Et les troubles intestinaux, constipation, diarrhée, anorexie, amaigrissement, les troubles asthéniques ne sont-ils pas parfois les symptômes d'une septicémie chronique — d'origine bucco-dentaire, puisqu'ils guérissent quand les lésions locales ont été traitées. (Si en passant nous avons parlé de la pyor-

rhée alvéolaire c'est qu'elle est justiciable de même que les stomatites de notre traitement).

Le traitement comporte deux temps bien distincts :

1) C'est d'abord de combattre la cause initiale en la supprimant si elle est locale (chicot, tartre, produits toxiques, etc., ou en traitant la diathèse, la maladie infectieuse, le mauvais état général.

2) C'est ensuite d'agir sur la muqueuse de façon à la modifier et à la rendre saine.

Nous ne parlerons pas ici du traitement général qui est subordonné à la maladie causale et qui, on le sait, est souvent fort complexe ; mais nous allons décrire la modalité du traitement local.

COMMENT AGIR SUR LA MUQUEUSE

Tout d'abord les bains de bouche fréquents entraîneront mécaniquement tous les microbes et débris septiques (cette action est opérée aussi par l'hypersécrétion salivaire qui n'est autre qu'un processus de défense).

L'adjonction d'un antiseptique venant compléter l'action mécanique du lavage, est tout indiquée. Malheureusement les meilleurs antiseptiques ont fait faillite, car si on les emploie à une dose toxique pour les micro-organismes, ils sont toxiques aussi pour les cellules et les leucocytes, qu'ils détruisent ; et s'ils

sont atténués ils n'endommagent pas les cellules, c'est vrai, mais les microbes ne sont alors nullement incommodés par leur présence.

Si l'on considère que la stomatite est une affection tout à fait superficielle de la muqueuse, caractérisée par une infiltration septique, et un affaiblissement des cellules épithéliales qui la composent, on déduira logiquement que :

Le médicament qui pourrait détruire (tout en les modifiant) les cellules malades, sans endommager les cellules saines, serait un médicament idéal.

Depuis longtemps on a constaté les bons résultats obtenus avec les astringents (alun, acide chromique, tanin). L'acide chromique et l'acide chlorydrique sont le plus fréquemment employés.

L'acide chromique est un des produits qui agissent le plus rapidement, malheureusement il est très caustique, son usage est délicat et on risque des accidents surtout s'il est employé dans une stomatite généralisée. Son emploi à l'état de cristaux doit être limité à là cautérisation des ulcérations, comme par exemple celles que l'on constate au niveau des dents de sagesse. D'autre part, en solution l'action de ce médicament est médiocre.

L'acide chlorydrique.

C'est Cruet qui en a proposé l'emploi. Il agit parfaitement. Les résultats obtenus sont bons ; mais, nous lui adressons les mêmes reproches qu'à l'acide chromique et, en plus, le danger qu'il peut faire cou-

rir aux dents par son action décalcifiante, et la douleur qu'il cause au patient lors de son application.

Le chlorate de potasse insuffisant pour guérir la stomatite, rend des services par l'hypersécrétion salivaire qu'il provoque.

Dans la stomatite mercurielle Fournier a conseillé le chlorure de chaux. Le savon mercuriel a été employé. Outre que les malades, peuvent déglutir le mercure à des doses imprécises, et qu'il peut y avoir absorption, on est en droit de se demander si cette application de mercure n'entraîne pas des risques, et si elle n'est pas une nouvelle cause d'irritation de la muqueuse.

Dans la stomatite ulcéro-membraneuse étendue (dite Angine de Vincent) à prédominance fuso-spirillaire, le bleu de méthylène en attouchements donne d'excellents résultats. On peut seulement lui reprocher la malpropreté de son emploi. Le Salvarsan agit efficacement aussi.

Comme on peut le constater, tous ces traitements ont une valeur relative. Mais à notre sens celui qui réunit toutes les qualités, qui ne paraît soulever aucune objection, c'est un traitement employé pour la première fois par le docteur Gaillard, dentiste des hôpitaux, professeur à l'école de stomatologie.

La formule est la suivante :

Bichromate de potasse	qs — pour saturer (*cristaux en excès*)
Acide chlorydrique	2 grammes
Eau distillée	100 grammes

En écrivant la réaction chimique nous obtenons :

$$Cr^2 O^7 K^2 + 2 H Cl = 2 CrO^3 KCl + H^2O$$

Bichromate Chlorochromate

Comment agit cette réaction ? Il semble (1) que c'est par le *chlorochromate.*

Le mode d'emploi est d'une simplicité extrême. Un peu d'ouate fixée sur une petite tige quelconque suffit. On imbibe de solution le tampon et on badigeonne la muqueuse sans se préoccuper si la solution s'étend sur les parties saines. Après l'opération on fait rincer la bouche au patient avec *de l'eau bouillie* (avec d'autres composés, l'eau oxygénée par exemple, on transformerait la bouche du patient en encrier !!).

Résumons les avantages de ce traitement.

(Il agit immédiatement avec une rapidité surprenante.

(Il s'emploie d'une façon curative dans TOUTES LES VARIÉTÉS *de stomatite.*

(Il est d'une manipulation simple.

(Il n'est pas caustique.

(Il est absolument indolore.

Il nous est vraiment agréable de constater que dès le premier badigeonnage, les symptômes cèdent

(1) Nous cherchons actuellement à obtenir de ces cristaux de chlorochromate à l'état pur, à nous rendre compte de leur action thérapeutique, et à préciser le titre de la solution où il sera possible de les employer.

aussitôt. La souffrance disparaît, l'haleine perd sa fétidité ; et le malade est extrêmement heureux d'être immédiatement soulagé.

L'affection locale une fois guérie, peut récidiver quelques temps après ; la cause initiale ayant persisté.

Nouveau soulagement immédiat et guérison par une nouvelle application le plus souvent unique.

Comme simplicité de traitement, nous n'insisterons même pas. Pas de risques de causticité, pas de toxicité, un simple badigeonnage sans précautions spéciales suffit, alors que pour les autres substances, il est très important de faire des attouchements très précis, qui, avec quelque soin qu'on les fasse, dépassent toujours plus ou moins le territoire de la lésion.

C'est surtout dans la stomatite mercurielle que le rôle du bichromate est précieux à l'extrême.

Pendant le traitement mercuriel, les applications de bichromate, font disparaître tous les accidents et la médication spécifique peut être maintenue. (Obs. n° 2).

Et ces accidents sont souvent des plus graves ! nous en donnons comme preuve cette observation du Professeur Letulle, d'une malade ayant supporté pendant toute sa grossesse le traitement mercuriel sans accident et chez qui brusquement surgit une stomatite qui « malgré l'ovulsion des dents et un traitement antiseptique méthodique » mourut 67 jours après le début de la stomatite.

Cette solution de bichromate agit d'une façon cu-

rieuse. Nous avons déjà dit que le médicament « idéal » serait celui qui momifierait les cellules malades sans s'attaquer aux cellules saines. Eh bien, le bichromate ou plutôt la combinaison résultant du mélange bichromate et acide chlorydrique paraît remplir cette condition. Et si nous avons employé l'expression momification (1), c'est parce que, dès l'application du médicament, nous constatons que les parties malades seules sont imprégnées par le médicament et que les parties saines ne sont pas atteintes ; la couleur de l'exulcération et de la muqueuse saine, après application est en effet différente, et on a l'impression d'une sorte de barrière (momification) entre le mort et le vif. Il semble se former une petite escharre. Le processus ulcérant est arrêté, la muqueuse malade desquame, et peu après la muqueuse saine réapparaît.

On voit que les raisons qui nous poussent à l'emploi exclusif du bichromate méritent (2) qu'on y prête attention.

Nous terminerons avec une considération un peu spéciale qui nous paraît d'ordre pratique et que nous laisserons à l'appréciation du lecteur :

Les complications de broncho-pneumonie post-anesthésique ne sont pas exceptionnelles. Récemment Vermeille a prouvé que certaines broncho-

(1) Le chlorochromate a une très grande affinité pour les matières organiques.

(2) A noter que le bichromate agit très bien dans la pyorrhée alnéolaire.

pneumonies sont liées à la présence de lésions bucco-dentaires.

Ne serait-il pas utile avant l'anesthésie, chez les malades qui présentent des lésions de stomatite, indice de virulence du milieu buccal, de prescrire un nettoyage local des plus sérieux, par la brosse et le lavage et de badigeonner la muqueuse malade avec la solution de bichromate.

Les infections bucco-dentaires prendront-elles une place primordiale nettement définie dans l'étiologie de certaines maladies? N'a-t-on pas parlé des fièvres éruptives et même du cancer?

Verrons-nous cette évolution?

Ars longa vita brevis.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*donnée par* M. Seimbille)

Mlle D... se présente dans notre cabinet venant nous consulter pour une gingivite eryphémateuse, de nombreuses ulcérations existent au niveau des festons gingivos dentaires. L'affection est bilatérale, nous appliquons le traitement, la malade est soulagée immédiatement ; trois jours après les ulcérations étaient complètement disparues.

Quinze jours après Mlle D... revenait dans notre cabinet, l'affection avait récidivé.

Mlle D... est âgée de 22 ans, interrogée elle se plaint de fatigue, d'anorexie ; ses muqueuses décolorées semblent déceler un état anémique et de nombreuses caries dentaires indiquent des troubles très nets de décalcification.

Nous conseillons une visite médicale, nous appliquons notre traitement local.

La malade revue par hasard six mois après, paraissait avoir un état général bien meilleur il n'y avait plus de trace de stomatite.

A noter que sa bouche lors de sa première visite était minutieusement entretenue, qu'il n'existait ni tartre, ni chicot et que, par conséquent, on ne pouvait pas incriminer les causes locales.

OBSERVATION II (*personnelle*)

Mme G..., vint nous consulter dans le courant de l'année dernière. Quoique son état général parût bon, elle souffrait depuis plusieurs semaines d'une gengivo stomatite ulcéreuse qu'aucun traitement, disait-elle, ne réussissait à guérir. La bouche était dans un état déplorable, les dents pour la plupart réduites à l'état de chiquots, étaient complètement recouvertes de tartre ; les gencives, la face interne des joues étaient entièrement recouvertes d'ulcérations ; la salive très abondante était trouble, rougeâtre, on y voyait des débris de muqueuses sphacèles, mélangés à des restes d'aliments. Il s'en dégageait cette odeur infecte particulière aux stomatites.

Croyant à une origine tartrique de l'affection on conseille le nettoyage de la bouche, mais la pusillanimité de la malade était telle qu'il fut impossible d'enlever même le plus petit morceau de tartre.

On ne fit donc qu'un simple badigeonnage avec la solution au bichromate, on renouvela le traitement une ou deux fois et au bout de quelques jours il ne restait plus de trace de la maladie.

Quinze jours après elle récidivait : nouveau badigeonnage suivi de guérison, puis de nouvelle récidive.

Prévoyant d'après la gravité de l'affection après chaque récidive, que le tartre n'en était pas la cause principale, on finit après beaucoup de difficultés, par obtenir des confidences.

On apprit ainsi que la malade était syphilitique et suivait un traitement mercuriel.

On était donc en présence d'une stomatite mercurielle.

Après beaucoup de peine on réussit à faire accepter, par la malade, le nettoyage de la bouche et la suppression du tartre.

Depuis lors la guérison s'est maintenue bien que la malade ait continué son traitement hydrargique.

OBSERVATION III (*personnelle*)

M. C... se présente, au mois de septembre dernier, présentant une gingivo-stomatite unilatérale gauche. Rien à l'examen ne pouvait indiquer l'origine locale de la stomatite (pas de tartre, pas de chicot) deux dents de sagesse, légèrement apparentes à demi évoluées ne paraissant pas être la cause de la stomatite. Pas d'infection apparente à leur niveau. Application du traitement, soulagement immédiat. Guérison.

Huit jours après, récidive, même marche. Guérison. Cette persistance de la stomatite et son unilatéralité nous font penser que sa dent de sagesse n'a pas terminé son évolution et que la stomatite est due à des troubles nerveux trophiques d'origine mécanique.

Quelques temps après nous eûmes la confirmation de notre pronostic ; tous les symptômes nets d'évolution de dent de sagesse apparurent : constriction des mâchoires, ulcération, etc.

Il nous a suffi d'un badigeonnage unique pour enrayer les accidents, l'extraction bien que conseillée n'a pas été faite.

Fait curieux, trois semaines après se reproduisait exactement les mêmes accidents de l'autre côté.

OBSERVATION IV (*personnelle*)

Mlle G..., 26 ans, présente un accident très net d'évolution de dent de sagesse : constriction des mâchoires, gingivo-stomatite à forme ulcéreuse étendue au côté gauche (haut et bas). L'état général paraît apparemment très bon. Application de bichromate ; rémission des symptômes, extraction de la dent de sagesse le surlendemain (*extraction très pénible*). L'évolution post-opératoire paraît normale. Le traitement consiste en grands lavages journaliers. Le huitième jour dans l'après-

midi, douleurs très vives ; la malade vient immédiatement nous consulter et nous raconte qu'elle a craché du sang noir d'une odeur infecte.

Une stomatite à forme ulcéro-membraneuse à marche rapide s'était réinstallée (1). Badigeonnage, disparition immédiate des symptômes. (en 24 heures).

OBSERVATION V (*donnée par* M. Seimbille)

Mme L..., 27 ans, se présente avec une dent de sagesse en évolution, les accidents sont graves, les ulcérations de gingivo-stomatite s'étendent sur la face interne des joues, sur le pilier antérieur du voile et sur l'amygdale correspondante ; œdème de toute la région, déglutition très pénible, odeur infecte.

Application de bichromate ; disparition immédiate de l'odeur, suppression de la douleur en quelques heures.

Trois jour après toutes les ulcérations avaient disparu, sauf une petite exulcération qui persistait au niveau de la dent de sagesse. Pour plus de sûreté nouveau badigeonnage, la malade revue cinq ou six jours après était complètement guérie.

OBSERVATION VI (*Récueillie par* M. Seimbille, *dans le service du* Dr Gaillard *au dispensaire, rue Jean-Lantier*

M. R..., 30 ans, agent des P. T. T., vient il y a quelques années, au dispensaire de la rue Jean-Lantier, consulter le docteur Gaillard au sujet d'une stomatite grave dont il souffrait depuis près de deux mois. Le malade profondément intoxiqué était

(1) Attribuerons nous cette poussée de stomatite à un trouble trophique (suite d'opération) ou à ce fait que la malade ne s'étant pas alimentée depuis quelques jours s'était affaiblie.

profondément déprimé et ne s'alimentait plus que très difficilement. La muqueuse buccale était couverte d'ulcérations siégeant un peu partout mais cependant beaucoup plus nombreuses et beaucoup plus profondes au niveau du collet des dents, lesquelles étaient fortement ébranlées. Il ne fut pas possible de découvrir la cause exacte de cette stomatite. Sans toucher au tartre, d'ailleurs en très faible quantité, le docteur Gaillard fit un badigeonnage de toute la muqueuse avec la solution que nous avons indiquée.

Deux ou trois jours après il ne restait que quelques ulcérations. Un nouveau badigeonnage fut exécuté et en moins de huit jours la guérison était obtenue.

Trois semaines ou un mois après le malade revint : quelques ulcérations se reformaient au niveau des dents, plus particulièrement au niveau du collet, mais un seul badigeonnage suffit pour faire tout rentrer dans l'ordre.

OBSERVATION VII (*Recueillie par M. Seimbille dans le service du docteur Gaillard*)

Mme C..., 25 ans, vint il y a quelques années au dispensaire de la rue Jean-Lantier pour une stomatite. Elle souffrait en plus d'une crise de rhumatisme qui l'avait forcée de s'aliter pendant plusieurs semaines. Au moment où elle vint nous consulter elle se soutenait très difficilement avec des béquilles. Pendant le cours de sa maladie une stomatite grave était venue compliquer son état. Elle était profondément intoxiquée, elle ne pouvait presque pas manger, sa faiblesse était extrême, sa bouche dégageait cette odeur spéciale nauséabonde, particulière aux stomatites. La muqueuse était tapissée d'ulcérations qui étaient surtout larges et profondes autour des grosses molaires et plus particulièrement autour des dents de sagesse, au niveau desquelles paraissait avoir été le point de dé-

part de l'affection. On fit un badigeonnage des muqueuses avec la solution au bichromate de potasse ; deux ou trois jours après il ne restait que quelques ulcérations au niveau des dents de sagesse.

Le même traitement fut appliqué une ou deux fois encore, il ne restait plus trace de stomatite.

Quelques mois après, des ulcérations se reformaient au niveau des dents de sagesse qui étaient cependant complètement évoluées, mais un seul badigeonnage suffit à les faire disparaître.

OBSERVATION VIII (*donnée par* M. Seimbille)

Mme X..., âgée de 35 ans environ, avait fait une seule friction mercurielle sur la région occipitale pour faire disparaître une affection légère du cuir chevelu.

Quelques jours après une stomatite grave se déclarait. Le médecin consulté ordonna le traitement classique au chlorate de potasse.

Ce traitement ne donnant pas de résultat, il ordonna successivement l'eau oxygénée, l'iodure de potassium, le borate de soude, le tannin, etc... La malade souffrant toujours s'adressa à un autre médecin, puis à plusieurs autres qui ne réussirent pas mieux que le premier.

Quand elle vint nous trouver, l'affection durait environ depuis quatre mois.

Grâce aux soins méticuleux qu'elle avait pris jusqu'à ce jour, si la malade n'avait pas réussi à se guérir, du moins elle avait pu éviter les accidents infectieux graves qui se seraient certainement produits chez une personne moins soigneuse. Il était cependant bien temps d'intervenir radicalement afin d'éviter la chute des dents qui paraissait imminente.

Nous fîmes un premier badigeonnage avec la solution au bi-

chromate de potasse, puis un deuxième trois ou quatre jours après, et quand la malade revint au bout de quelques jours, il ne restait plus trace de stomatite.

Nous ne multiplions pas ces exemples d'observations que nous pourrions donner à l'infini.

CONCLUSIONS

1° But d'ordre non scientifique mais pratique de ce travail.

2° La stomatite est une affection qui se caractérise par une inflammation de la muqueuse buccale ; elle est :

1) spécifique { liée à une maladie générale

2) septique { polymicorbienne, liée à l'exaltation de la virulence du milieu buccal.

3° La bouche est une cavité éminemment favorable à l'infection par son anatomie (rétention interdentaire) par ses conditions physiologiques (humidité température) et par la variété et la quantité des microbes que l'on y rencontre à l'état normal.

Hypothèse de l'action microbienne.

4° Les stomatites se classent en deux variétés :

1° spécifiques.

2° septiques polymicrobiennes.

Il est très difficile d'attribuer avec exactitude dans la pathogénie des stomatites la part qui revient à l'état général déficitaire et la part des causes dites locales.

Une autre pathogénie semble avoir une grosse part : les troubles trophiques.

5° Les stomatites de causes différentes ont des symptômes communs :

A. dans leur forme légère.

B. dans leur forme grave.

Certains symptômes sont cependant spéciaux :

A. au tartre et au chicot.

B. à l'évolution de la dent de sagesse (toxhémie Angine de Vincent).

C. Aux causes diathésiques, toxi-infectieuses, à l'affaiblissement général.

6° Le diagnostic de stomatite est facile. On éliminera :

les plaques muqueuses,
la leucoplasie,
le scorbut,
les aphtes,
la Pyorrhée alvéolaire.

Importance du diagnostic différentiel moins pour le traitement local que pour le traitement général.

7° *Traitement.*

Son importance. Valeur des différents médicaments employés. Avantages du traitement préconisé, action rapide, curative, simple, non caustique et étendu à toutes les variétés de stomatites.

Vu le Doyen,
ROGER.

Vu le Président,
LETULLE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
POINCARÉ.

BIBLIOGRAPHIE

Archaud. — Etude sur la stomatite aphteuse et sur son influence dans l'état des maladies chroniques, art., *Progrès méd.* 23-11-1pqe.

Bergeron. — *Dictionnaire des Société médicales.*

— Stomatites ulcéreuses des soldats.

Bontemps. — De la Gingivite, Thèse, Paris, 1880.

Chavigny. — Angine de Vincent. *Et. indép. méd.*, 1891.

Clémenceau de la Loquerie. — Leucoplasie buccale, 1893.

Courmont. — *Traité de Bactériologie.*

Contemoine. — Stomatite ulcéro-membraneuse chez les personnes âgées, Thèse, Paris, 1881.

Cruet. — Hygiène et Thérapeutique de la bouche.

Fournier. — Leucoplasie buccale.

Frey. — Le terrain en odontologie. *L'Odontologie.*

Gaillard. — Communication verbale.

Galippe. — Gingivo stomatites. *Journ. Comm. Méd.*, 1890.

Gilbert. — Microbisme sali. normal, Communication Société Biologie, 1904.

Grisolle. — Traité Pathologie interne, 1852.

Hugenschmidt. — Etude expérimentale des processus de déformation de la cavité buccale contre l'invasion des bactéries pathogènes, th. Paris 1896.

Jacquet. — Communication à la Société odontologique.

Kelsch. — Stomatite ulcéreuse membr. épidémique, Académie de médecine 1904.

LEBEDINSKY. — Gingivo-stomatite et polymic. buccal, Thèse Paris, 1898.

— La stomatite ulcéro-membraneuse et l'A. de Vincent et la dent de sagesse. Adénite géniennes. *Arch. stomato*, 1902.

LESUEUR. — Recherches sur la stomatite ulcéro-membraneuse, Thèse, 1900.

LETULLE. — La Stomatite mercurielle. *Presse médicale* du 16 mars 1907.

LEVY. — Séméiologie des stomatites, *Gaz. des Hôp.*, 1904.

MAGITOT. — *Dictionnaire Dechambre.*

MORRHANGE. — Gingivite expulsive, Thèse Paris, 1900.

NIELOT. — Angine de Vincent, *Médec. Moderne*, 1901.

PÉTRE. — Contribution à l'étude de la stomatite aphteuse inf., Thèse, Paris, 1890.

PROST. — Etude et traitement de la stomatite mercurielle, Thèse, Paris, 1902.

RÉAL. — Stomatite du médecin Praticien. 1919.

ROUSSEAU-DESELLES. — Communication verbale.

SCHNITZLER. — Microbisme latent, *Rev. des Hôp.*, 1899.

SEIMBILLE. — Communication verbale.

TELLIER. — Les dents de la muqueuse, *L'odont.*, 1898.

VERMEILLE. — Thèse.

VINCENT. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1896-1899, Société médi. des Hôpit., 1898-1902-1903. Soc., de biologie, 1901.